

**ΑΙΤΗΣΗ -ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**

(άρθρο 8 Ν.1599/1986 και άρθρο 3 παρ. 3 του Ν.2690/1999)

|  |
| --- |
| Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986) |

 **« ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣHΣ ΦΑΡMAKEIOY »**

**βάσει του Π.Δ. αριθμ. 64/2018 (ΦΕΚ Ά 124/11-07-18) ) του (N.4507/2017 (ΦΕΚ201 Ά/22-12-2017) και του άρθρου 50 του ν.4999/07-12-2022(ΦΕΚ 225/τ.Α΄)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ΠΡΟΣ: (1) | ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ Π.Ε…………..ΤΜΗΜΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ & ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ | ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ –ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ :  |
| ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ:  |
| O-H Όνομα |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: |  |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: |   |
| Ημερομηνία Γέννησης(2): |  |
| Τόπος Γέννησης: |  |
| ΑΦΜ: |  | Επώνυμο συζύγου: |  |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: |  | Τηλ.: |  |
| Τόπος Κατοικίας |  | Οδός: |  | Αριθ.: |  | Τ.Κ.: |  |
| Δ/νση ΗλεκτρονικούΤαχυδρομείου (e-mail): |  |
|  |
| **ΟΡΙΣΜΟΣ/ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης)**  |
| Όνομα: |  | Επώνυμο: |  |
| Όνομα πατέρα: |  | Επώνυμο πατέρα: |  |
| Τόπος κατοικίας: |  | Οδός & Αριθμός: |  |
| Τηλ:  |  | Δ/νση ΗλεκτρονικούΤαχυδρομείου (e-mail): |  |
| ΑΔΤ:  |  |  |

Δηλώνω ότι εξουσιοδοτώ τον/την ανωτέρω αναφερόμενο/η, να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική διοικητική πράξη.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρ. 22, του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Παρακαλώ να μου χορηγήσετε άδεια ίδρυσης φαρμακείου στην Τοπική/Δημοτική Κοινότητα …………. ………………………… της Δημοτικής Ενότητας …..................................... του Δήμου ………………..

**(Aν ο αιτών είναι ιδιώτης ή φαρμακοποιός που έχει ήδη άλλο φαρμακείο στο όνομά του συμπληρώνεται και το παρακάτω, αλλιώς διαγράφεται )**

και ορίζω ως υπεύθυνο φαρμακοποιό τον ………………………………………….. του …………………

με αριθμό …………………………. άδειας ασκήσεως επαγγέλματος που χορηγήθηκε από την Περιφέρεια ……………………………………και με ΑΔΤ ……………………………

Σας καταθέτω τα παρακάτω απαραίτητα δικαιολογητικά :

 (Πόλη - Ημερομηνία)………………………………….

 Ο/Η ΑΙΤ…………..

(υπογραφή)

**ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Οι αρμόδιες υπηρεσίες της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας θα επεξεργαστούν τα παραπάνω προσωπικά σας δεδομένα αποκλειστικά για την εξέταση και την ικανοποίηση του αιτήματος που υποβάλλετε. Η Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας αποτελεί τον Υπεύθυνο Επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων. Τα προσωπικά σας δεδομένα ενδέχεται να διαβιβαστούν σε άλλους δημόσιους φορείς, μόνο εφόσον είναι απαραίτητο για τη διεκπεραίωση του αιτήματός σας ή για την εκτέλεση των νόμιμων καθηκόντων της Περιφέρειας ή του δημοσίου φορέα στον οποίο χρειάζεται να διαβιβαστούν, πάντα βάσει των νόμιμων προϋποθέσεων.

Για κάθε ζήτημα αναφορικά με την επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων μπορείτε να ανατρέξετε στην Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας, η οποία είναι διαθέσιμη στην ιστοσελίδα <https://www.pde.gov.gr/>

Για να ασκήσετε κάποιο από τα δικαιώματά σας, μπορείτε να συμπληρώσετε τη σχετική αίτηση που θα βρείτε στη Γραμματεία μας ή να επικοινωνήσετε με τον DPO της Περιφέρειας, στην ηλεκτρονική διεύθυνση dpo@pde.gov.gr.

**ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ ΑΔΕΙΑΣ ΙΔΡΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:** | **ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ****ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ** | **ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗ****ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ** | **ΘΑ****ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΘΕΙ** |
| 1) Αίτηση (**υποβάλλεται ηλεκτρονικά ή ιδιοχείρως από τον** **Αιτούντα:** α) αδειούχο φαρμακοποιό β) ιδιώτη μη φαρμακοποιό | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 2) Αντίγραφο πτυχίου φαρμακευτικής σχολής ( Του αιτούντος φαρμακοποιού ή του οριζόμενου φαρμακοποιού.)Περί πτυχιούχων εξωτερικού:α) χωρών Ε.Ε. πτυχίο -‘Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος σύμφωνα με την αντίστοιχη Κοινοτική οδηγία Ε.Ε.β)εκτός χωρών Ε.Ε. βεβαίωση αναγνώρισης ισοτιμίας –αντιστοιχίας πτυχίου από το ΔΟΑΤΑΠ,Για τα ανωτέρω έγγραφα απαιτείται επίσημα σφραγισμένα και μεταφρασμένα από το Υπουργείο Εξωτερικών ή από πιστοποιημένο δικηγόρο που έχει ορισθεί από τον δικηγορικό του σύλλογο ή από πτυχιούχους μεταφραστές του Τμήματος Ξένων Γλωσσών, Μετάφρασης και Διερμηνείας του Ιονίου Πανεπιστημίου. Σφραγίδα της Χάγης APOSTILLE σε όλα τα ξενόγλωσσα έγγραφα.  | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 3) Αντίγραφο αδείας ασκήσεως επαγγέλματος ή βεβαίωση άσκησης φαρμακοποιού στην Ελλάδα, του υπευθύνου φαρμακοποιού | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 4).Πιστοποιητικό Δήμου ή Κοινότητας ότι έχει την ελληνική ιθαγένεια (το πιστοποιητικό ιθαγένειας δύναται να αντικαθίσταται με υπεύθυνη δήλωση και επίδειξη ή φωτοτυπία της αστυνομικής ταυτότητας) ή υπηκοότητα εντός εκτός των κρατών- μελών της Ε.Ε. | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 5) Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86: αιτούντα και του υπευθύνου φαρμακοποιού «δεν έχω καταδικασθεί αμετάκλητα σε οποιαδήποτε ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, εγκλήματα κατά των ηθών, συκοφαντική δυσφήμιση, για πράξεις που έχουν σχέση με την άσκηση του επαγγέλματός του, κιβδηλεία, παραχάραξη, παράβαση κακουργηματικού χαρακτήρα των διατάξεων των νόμων περί ναρκωτικών, του άρθρου 187Α του Ποινικού Κώδικα, όπως αυτός ισχύει, ή να δεν έχω καταδικασθεί αμετάκλητα για κακούργημα ή καθ’ υποτροπή για πλημμέλημα για το οποίο επεβλήθη η στέρηση των πολιτικών μου δικαιωμάτων ή δεν έχω παραπεμφθεί με αμετάκλητο βούλευμα για κάποιο από τα παραπάνω αδικήματα» ή σε αντίθετη περίπτωση «…έχω καταδικαστεί για τις εξής αξιόποινες πράξεις…». | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 6)Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 : αιτούντα και του υπευθύνου φαρμακοποιού «δεν μου έχει επιβληθεί ως κύρωση οριστική ανάκληση της άδειας ίδρυσης φαρμακείου ή φαρμακαποθήκης, δεν παίρνω πλήρη σύνταξη από το Δημόσιο, το ΤΣΑΥ ή από οποιοδήποτε άλλο φορέα κοινωνικής ασφάλισης ή δε λαμβάνω σύνταξη για λόγους υγείας και δεν έχω συμπληρώσει τις προϋποθέσεις πλήρους συνταξιοδότησης, δεν κατέχω δημόσια ή ιδιωτική θέση και δε διευθύνω άλλο φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών προϊόντων» ή « διατηρώ φαρμακείο **στο Δήμο \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ή διευθύνω άλλο φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργαστήριο φαρμάκων και καλλυντικών προϊόντων». | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 7)Υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 του Ν 1599/86 με το εξής κείμενο: αιτούντα και του υπευθύνου φαρμακοποιού « έχω λάβει ή δεν έχω λάβει στο παρελθόν άδεια ιδρύσεως και λειτουργίας φαρμακείου » , καθώς και εάν έχει υποβάλει αίτηση που εκκρεμεί για την χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης σε οποιαδήποτε Περιφερειακή Ενότητα. Σε περίπτωση που υφίσταται άδεια ίδρυσης ή στην περίπτωση που εκκρεμεί αίτηση για την χορήγηση άλλης άδειας ίδρυσης, στην υπεύθυνη δήλωση αναγράφονται και επισυνάπτονται οι σχετικές άδειες και αιτήσεις |  􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 8)Απόσπασμα ποινικού Μητρώου **(αυτεπάγγελτη αναζήτηση).** |  | **V** |  |
| 9)Φορολογική (Να μην οφείλει στο Ελληνικό Δημόσιο οποιαδήποτε οφειλή από φόρους, πρόστιμα ή άλλη αιτία .( αιτούντα και του υπευθύνου φαρμακοποιού) |  􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 10)Γραμμάτιο παρακαταθήκης 6,00 € του ταμείου παρακαταθηκών και δανείων από την εφορία του αιτούντα. | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 11)Βεβαίωση πολυτεκνίας η τέκνο πολύτεκνης οικογένειας | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 12)Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας του υπεύθυνου φαρμακοποιού | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |
| 13)Ένα φάκελο Α4 με λάστιχο. | 􀀀 | 􀀀 | 􀀀 |

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη η Αρχή ή η Υπηρεσία του Δημόσιου Τομέα που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) ‘’Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτό του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή τη δηλούσα.